

Standardformular

COVID-19 Förderung für betriebliche Testungen: Antigen-Tests / PCR-Tests

Dieses Dokument protokolliert die mittels CE-zertifizierten COVID-19 Antigen Tests oder PCR-Tests durchgeführten SARS-CoV-2 Testungen und ist Voraussetzung, um die COVID-19 Förderung für betriebliche Testungen zu beantragen. Der Fördergeber ist berechtigt, Einsicht in diese Aufzeichnungen zu nehmen. Es wird unterschieden zwischen Betrieben, mit mehr und gleich/weniger als 50 Mitarbeitern, d.h. sozialversicherungsrechtlich gemeldeten Mitarbeitern mit Stichtag Beginn des Förderquartals, zB 15.2./1.4. Betriebe mit mehr als 50 Beschäftigten haben Antigen-Testungen in die Testplattform des Bundes einzumelden (daher keine gesonderte tägliche Bestätigung des abstrichnehmenden Personals in Abschnitt 2 erforderlich). Abschnitt 3 ist durch die medizinische beaufsichtigende Stelle gemäß der Richtlinie COVID-19 Förderung für betriebliche Testungen auszufüllen.

Was ist von wem auszufüllen?

- 1) Betriebe mit mehr als 50 Beschäftigten für PCR-Tests: Abschnitt 1, 2 und 3
- 2) Betriebe mit mehr als 50 Beschäftigten für Antigen-Tests: Abschnitt 1 und 3
- 3) Betriebe mit weniger als 51 Beschäftigten für PCR und/oder Antigen-Tests zusammen: Abschnitt 1, 2 und 3

Wenn Betriebe mit mehr als 50 Beschäftigten PCR- und Antigen-Tests durchführen: 1 Formular je Testart (PCR/Antigen) verwenden.

ABSCHNITT 1 - UNTERNEHMENS DATEN

Name/Firma			
Anschrift			
PLZ und Ort			
Standort der Teststraße: (falls vom Unternehmenssitz abweichende Betriebsstätte)			
Name/Firma			
Anschrift			
PLZ und Ort			
Ansprechperson im Unternehmen			
Zeitraum der Testdurchführung	Montag	2021 bis	Sonntag 2021

ABSCHNITT 2 - TÄGLICHE ABSTRICHNAHME

Testdatum	Anzahl Testungen	Name der abstrichnehmenden Person	Unterschrift*

*Ich bestätige hiermit die ordnungsgemäße Abstrichnahme von SARS-CoV-2 Tests mittels CE-zertifizierten COVID-19 Antigen-Tests und/ oder PCR-Tests, zu der ich im Rahmen meiner berufsrechtlichen Ermächtigung befugt bin.

ABSCHNITT 3 - WÖCHENTLICHE BESTÄTIGUNG

Ich bestätige hiermit, Arzt/Ärztin, Apotheker/in oder Verantwortliche/r einer Dienststelle einer Rettungsorganisation gemäß § 23 SanG zu sein (**medizinische beaufsichtigende Stelle** iSd Richtlinie COVID-19 Förderung für betriebliche Testungen). In meiner Verantwortung bestätige ich, dass das in Abschnitt 1 genannte Unternehmen im in Abschnitt 1 beschriebenen Testzeitraum (max. 1 Woche) die nachstehende Gesamtanzahl an Testungen ordnungsgemäß nach den Vorgaben der Richtlinie COVID-19 Förderung für betriebliche Testungen durchgeführt hat. Insbesondere wurden die Testungen sohin am Sitz/an der Betriebsstätte des Unternehmens und an den getesteten Personen unentgeltlich vorgenommen. Verwendete Antigen-Tests sind CE-zertifiziert, weisen eine Sensitivität von $\geq 90\%$ sowie eine Spezifität von $\geq 97\%$ auf und sind für einen nasopharyngealen Abstrich zugelassen; allfällige weitere zugelassene Abstrichformen bei Antigen-Tests wurden nur bei medizinischen Kontraindikationen angewendet.

Testart (PCR/Antigen), Hersteller, Produktbez.

Anzahl Gesamtsumme Ort und Datum Name in Blockbuchstaben, Unterschrift und Stempel d. med. beaufs. Stelle

--	--	--